UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 17 décembre 1937

PAR

Maurice-Albert-Auguste FOSSEY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à CHERBOURG (Manche), le 28 novembre 1912

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur .....

JOULIA, agrégé ..... *Juges.*

DARGET, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 17 décembre 1937

PAR

Maurice-Albert-Auguste FOSSEY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à CHERBOURG (Manche), le 28 novembre 1912

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président.*

GUYOT, professeur .....

JOULIA, agrégé ..... *Juges.*

DARGET, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	DUFOUR.	id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MA TANTE J. FOSSEY

A MA TANTE M. FOSSEY

A MES SOEURS

A MON BEAU-FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE, DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Docteur PENAUD

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Je le remercie de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse.

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DUVERGEY

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DE LA VESSIE

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire une revue générale de la question de la syphilis vésicale, mais seulement d'étudier le stade de la spécificité, où les lésions de la vessie présentant une certaine autonomie au même titre que les autres syphilis viscérales, posent à l'urologue les problèmes diagnostiques les plus importants.

Sans parler du chancre vésical, qui n'est pas admis, bien que Ricord, Vidal de Cassis, et plus récemment Ries, en 1918, en aient rapporté des cas, tous les auteurs admettent actuellement que la vessie peut être atteinte par la syphilis aux périodes secondaire, tertiaire, quaternaire de son évolution.

A la période secondaire, la muqueuse vésicale réagit à l'infection spécifique comme les autres muqueuses de l'économie et de la même manière; mais les lésions vésicales disparaissant en même temps que les autres accidents, sous l'influence de la médication antisyphilitique, passent le plus souvent inaperçues du praticien, qui porte toute son attention sur les lésions cutanéo-muqueuses.

Dans les affections parasyphilitiques : tabes et paralysie générale, l'atteinte de la vessie est fréquente, mais il n'y a pas, le plus souvent, de lésions spécifiques proprement dites, mais des altérations de la musculature vésicale causées par des lésions syphilitiques du système nerveux central.

Donc, dans ces deux périodes, secondaire et quaternaire, la symptomatologie vésicale apparaît plutôt comme un incident; tout au moins, elle n'occupe pas le premier plan des manifestations morbides.

C'est à la période tertiaire que la syphilis vésicale offre le plus d'intérêt pour l'urologue, parce que, à ce stade, elle se présente comme une lésion autonome évoluant pour son propre compte, qu'il s'agit de différencier des autres lésions du réservoir urinaire, dont les signes cliniques présentent souvent une grande analogie. Nous n'envisagerons donc ici que la syphilis tertiaire de la vessie au point de vue de son étiologie, de ses signes, de son évolution, et nous essayerons de donner un aperçu des idées actuelles sur l'établissement de son diagnostic.

ETIOLOGIE

La question de la syphilis vésicale a été longtemps obscure et controversée. Autrefois, niée par les uns, admise par les autres, l'existence de la syphilis vésicale est actuellement établie sans conteste.

Au point de vue de sa fréquence, Chocholka, qui pratiqua systématiquement des examens cystoscopiques, prétend : « Qu'il faut se débarrasser de l'opinion que la syphilis vésicale est rare et qu'il faut la considérer en général comme beaucoup plus répandue que la tuberculose qu'on est accoutumé de soupçonner partout. »

. Les lésions tertiaires sont, de toutes les lésions spécifiques de la vessie, les plus fréquentes, où tout au moins les plus fréquemment observées; c'est qu'après un stade de latence, où seul un examen endovésical permettrait de faire le diagnostic, le tableau clinique prend toute son ampleur et alarme suffisamment le malade pour le décider à consulter un spécialiste.

Dans une statistique de Keizo Schimizu, portant sur 24 cas de syphilis vésicale, on observe 18 cas de gomme. L'apparition des manifestations tertiaires au niveau de la vessie se fait un temps plus ou moins long après le chancre, mais rarement au-dessus de 60 ans pour Schimizu.

Quant à l'influence du sexe, les hommes seraient plus atteints que les femmes, dans la proportion de 3 pour 1.

De plus, les manifestations spécifiques tertiaires de la vessie peuvent se rencontrer dans la syphilis héréditaire. Nous en rapportons un cas publié en 1936 par Schimizu (obs. III).

SYMPTOMATOLOGIE DES LESIONS SYPHILITIQUES TERTIAIRES DE LA VESSIE

Ce qui frappe dans la symptomatologie de la syphilis tertiaire de la vessie, c'est qu'elle n'est pas caractéristique et qu'il n'existe pas d'aspects typiques sur lesquels on puisse étayer un diagnostic sûr.

Au point de vue anatomie pathologique, la gomme ou la scléro-gomme circonscrite ou diffuse est à l'origine des accidents.

Nous étudierons d'abord les signes cliniques et ensuite les signes cystoscopiques, qui sont du domaine du spécialiste.

Au début, le processus gommeux reste silencieux ou ne se manifeste que par des signes légers, qui, le plus souvent, n'attirent pas l'attention : en effet, l'état général reste bon et les urines sont limpides.

Les troubles, quand ils existent, consistent le plus souvent en une sensation de gêne, de pesanteur rétro-pubienne, accompagnée d'une légère pollakiurie.

Ce n'est que plus tard, au stade de la gomme ulcérée, que le tableau clinique se complète et prend toute son ampleur.

On peut, schématiquement, classer les manifestations cliniques en deux grandes formes, formes qui d'ailleurs s'intriquent le plus souvent : la forme hématurique et la forme avec cystite.

L'hématurie est quelquefois le premier signe, plus souvent c'est le signe d'alarme qui décide le malade à consulter.

Cette hématurie est très souvent totale, à renforcement terminal, indolore, de durée variable. Elle n'est influencée

ni par les mouvements ni par le repos, capricieuse, sans aucune régularité dans son apparition : Arrues cite cependant le cas de malades chez lesquels ces hématuries présentaient une certaine périodicité, les périodes étant, d'ailleurs, des heures, des semaines ou des mois.

Suivant son abondance, l'urine est rose ou franchement rouge. Quand le sang est très abondant, il peut se former des caillots à l'intérieur de la vessie, et Thomas donne une observation où la quantité de caillots fut telle qu'une rétention d'urine se produisit.

Tous ces caractères sont ceux de l'hématurie néoplasique, et souvent le diagnostic est encore égaré par ce fait qu'il existe un amaigrissement rapide et un état général précaire. Isnardi et Colodrero ont insisté sur cette cause d'erreur.

Posadas a cru pouvoir signaler comme élément différentiel la présence d'hyperthermie dans les hématuries spécifiques, et pour lui l'hématurie fébrile est un signe distinctif très important. Les autres auteurs sud-américains lui dénient d'ailleurs toute valeur.

La forme avec cystite ne présente pas davantage de caractères typiques. Les signes sont ceux de toute cystite banale. Il est rare que la pollakiurie manque; peu marquée au début, elle augmente progressivement d'intensité au point de ne plus donner, dans quelques cas, de répit au malade (Schimizu cite le cas de 300 mictions par jour). Pour certains auteurs, l'intensité du phénomène serait moindre la nuit.

A cette pollakiurie s'ajoutent des douleurs : douleurs permanentes peu intenses, qui consistent surtout en une sensation de pesanteur périnéale ou rétro-pubienne, mais surtout douleurs paroxystiques à type de brûlures, généralement très vives, qui atteignent leur maximum à la fin de la miction et s'irradient à l'extrémité de la verge, au périnée, quelquefois vers les flancs : dans certains cas, ces paroxysmes douloureux s'accompagnent de ténesme rectal.

Très fréquemment, une hématurie, généralement peu abon-

dante, se produit à la fin de la miction, sous forme de quelques gouttes de sang rouge.

Les urines sont troubles mais normales dans leur composition chimique; l'examen histo-bactériologique peut révéler la présence de germes banaux : staphylocoques, streptocoques, colibacilles; souvent, l'urine est amicrobienne. Cette cystite est due à une infection surajoutée; apparaissant après la fonte de la gomme, elle révèle, souvent brutalement, avec tous les caractères d'une cystite spontanée, des lésions latentes jusque-là.

L'examen du malade donne peu de renseignements : on trouve une sensibilité de la région hypogastrique à la palpation et du bas-fond vésical au toucher rectal ou vaginal. La cystoscopie est souvent très difficile, la distension de la vessie étant très douloureuse. Enfin, on peut trouver un résidu urinaire plus ou moins important, le malade ne vidant pas complètement sa vessie pour éviter les douleurs terminales.

Envisageons maintenant *l'aspect cystoscopique* des lésions syphilitiques tertiaires de la vessie.

A vrai dire, ces lésions sont très polymorphes et peuvent simuler toutes les affections vésicales; cependant, avec Arrues, on peut les classer schématiquement en quatre formes : forme tumorale, forme tumorale ulcérée, forme ulcéreuse pure et modifications interstitielles diffuses.

Dans la *forme tumorale* se rangent deux aspects différents. D'abord la gomme circonscrite, qui se présente comme un nodule de taille variable, allant des dimensions d'un pois à celles d'une noix, de surface régulière, lisse, jaunâtre, entouré d'une auréole plus ou moins rouge de muqueuse hyperémiée.

La lésion localisée à la sous-muqueuse n'a pas atteint l'épithélium, ce qui explique sa latence remarquable; de là l'observation peu fréquente de cette forme, qui est le plus souvent une découverte au cours d'un examen endovésical systématique.

Quelquefois, la gomme prolifère, fait une saillie plus ou moins marquée à l'intérieur de la vessie, prenant l'aspect d'une véritable tumeur, tantôt sessile, tantôt pédiculée.

Ces tumeurs siègent de préférence dans la région trigonale, surtout aux environs des méats urétéraux, cet emplacement devant être attribué pour Dreyer à la distribution des vaisseaux.

L'aspect de ces tumeurs n'est pas caractéristique et elles peuvent être confondues avec les néoformations bénignes et malignes de la vessie. Leur surface est lisse ou irrégulière, leur coloration gris rosé ou rougeâtre, quelquefois « rouge livide ». La muqueuse environnante est saine ou hyperémiée; quand il existe de l'infection, on peut voir des bulles d'œdème autour des lésions.

Les descriptions qu'en ont données les auteurs sont très variables. Gautier (obs. II) rapporte le cas de tumeur en chou-fleur. Chocholka a signalé « des granulations rougeâtres uniformes, localisées au bas-fond ». Valverde (obs. I), des végétations en doigt de gant unies entre elles.

Petersen parle « d'œdème incrusté ». Priker décrit un « œdème violet », qu'il nomme tumeur phlycténoïde.

Ces lésions tumorales, malgré la diversité de leur aspect, se traduisent le plus souvent par des hématuries (obs. I, II).

Tant que la gomme reste localisée à la sous-muqueuse, l'épithélium vésical qui la recouvre est normal; plus tard, quand la gomme se ramollit, elle adhère à la muqueuse : celle-ci rougit et se perfore. Il se constitue aussi la *forme tumorale ulcérée*.

Sur une tuméfaction plus ou moins bien limitée de la muqueuse, il existe une ulcération ronde ou ovale. La taille en est variable; elle peut ne pas dépasser celle d'une lentille, quelquefois elle atteint des dimensions plus considérables : quelques centimètres de diamètre. L'ulcération étant due à la fonte centrale d'une partie infiltrée de la paroi vésicale, il en résulte pour elle quelques caractères particuliers : les bords en sont épais, surélevés, souvent taillés

à pic; le fond, parfois lisse et rouge, est généralement irrégulier, bourbillonneux, gris jaunâtre. Autour de cette tumeur ulcérée, la muqueuse est rouge, hyperémiée (obs. IV).

Telle est la forme tumorale ulcérée. Quand elle présente les caractères décrits ci-dessus, le diagnostic en est facile, mais souvent l'infection modifie l'aspect des lésions, et, de ce fait, complique la situation.

Dans la *forme ulcéreuse pure*, très fréquente pour Valverde, la base infiltrée a disparu ou n'est plus perceptible. On est en présence d'une ulcération généralement unique (30 cas sur 35 dans une statistique de Valverde) pouvant atteindre 4 à 5 centimètres de diamètre.

Les bords sont ou infiltrés ou taillés à pic, le contour est parfois irrégulier, festonné, la lésion étant alors due à la confluence de plusieurs ulcères plus petits.

Le fond, convexe ou concave, est le plus souvent irrégulier et jaunâtre, lardacé pour Schimizu (obs. III); on y rencontrerait rarement, pour Arrues, un revêtement de caillots et de pus.

L'ulcération, toujours limitée par des lésions d'œdème et de congestion, est « en contraste flagrant avec le reste du champ cystoscopique, qui en général est d'aspect normal » (Valverde). Le siège d'élection des lésions est la région trigonale, à l'opposé des ulcérations colibacillaires, qui, elles, sont le plus souvent situées à la partie supérieure de la paroi vésicale.

Les deux formes, tumorale ulcérée et ulcéreuse pure, sont les plus fréquentes et les plus typiques manifestations de la syphilis tertiaire vésicale. Elles se traduisent cliniquement par des hématuries, avec, le plus souvent, des phénomènes de cystite dus à une infection surajoutée.

La quatrième forme décrite par Arrues, sous le nom de *lésions interstitielles diffuses*, répond à une lésion gommeuse qui s'est étendue à une partie plus ou moins grande de la vessie.

La muqueuse est bosselée, mamelonnée, présente une

apparence lobulée, « un aspect de circonvolution cérébrale ressemblant à ce que l'on voit sur la langue dans l'atteinte tertiaire de cet organe » (Arrues).

La surface de cette plaque plurigommeuse est rouge vif ou rouge violacé, habituellement lisse et brillante.

Chez un malade de Gautier, la lésion se présentait comme une infiltration médiane du bas-fond vésical perceptible au toucher rectal, au-dessus du sillon interlobaire de la prostate, d'une largeur de 2 centimètres, remontant verticalement sans que le doigt parvienne à en atteindre le pôle supérieur (obs. IV).

Outre ces lésions, certains font rentrer dans le cadre des manifestations tertiaires des lésions papuleuses, « petites taches isolées rouge foncé formant chacune une petite papule grosse comme une lentille » (M. Papin), lésions que les autres auteurs considèrent comme secondaires. Les différentes lésions décrites existent, soit à l'état isolé, soit associées entre elles : gommes circonscrites et ulcérations, ulcérations et tumeurs.

A ces lésions vésicales s'ajoutent parfois des lésions spécifiques des autres organes : lésions de l'appareil génito-urinaire, testicule, prostate, du foie, de l'aorte. La coexistence de ces lésions viscérales et des manifestations vésicales attire l'attention du spécialiste sur la spécificité, et lui permet souvent de rattacher les troubles vésicaux à leur véritable cause.

En résumé, si l'on examine la symptomatologie des lésions syphilitiques tertiaires de la vessie, on constate que :

— Les signes subjectifs, douleurs et pollakiurie, n'ont rien de typique. Ils existent dans toutes les cystites, de n'importe quelle nature, avec les mêmes caractères et la même intensité.

— L'hématurie présente le plus souvent le caractère des hématuries néoplasiques : indolores, capricieuses. La fébricité de ces hématuries ne semble pas être un phénomène

constant et n'est pas, actuellement, considérée comme signe différentiel.

— La cystoscopie peut donner le diagnostic quand elle révèle « des ulcérations variables comme étendue, taillées à pic, à bords irréguliers, à fond sanieux, purulent, jaunâtre » (Blanc et Négro), mais souvent ces lésions, qui seraient caractéristiques à l'état pur, sont dénaturées par des infections secondaires qui masquent les signes distinctifs.

En cas de formations tumorales, le polymorphisme des lésions ne permet pas le diagnostic cystoscopique.

EVOLUTION

Tandis que les lésions syphilitiques secondaires de la vessie, comme les autres accidents cutanéo-muqueux, disparaissent spontanément, les lésions tertiaires n'ont aucune tendance à la résolution et s'orientent vers un processus de caséification et de sclérose.

La gomme, d'abord située dans la sous-muqueuse, ne tarde pas à se ramollir; la caséification s'étend en surface, mais surtout en profondeur, et, outre la muqueuse qui rougit et s'ulcère, les diverses couches de la musculeuse sont atteintes par ce processus térébrant.

L'érosion des vaisseaux, de la muqueuse ou de la musculeuse entraîne des hémorragies qui font partie de la symptomatologie; l'érosion des parois peut amener la perforation du réservoir urinaire.

L'hématurie, quand elle est modérée, est un signe presque constant de lésion tertiaire de la vessie; lorsqu'elle est très abondante, elle devient une véritable complication, tant par l'anémie qu'elle provoque que par les accidents de rétention que peut produire la coagulation intravésicale d'une grande quantité de sang.

La perforation participe du même processus destructif. Le plus souvent, l'ulcération s'étend lentement, attaquant petit à petit les diverses couches de la musculeuse; elle donne ainsi le temps aux adhérences de se former entre la vessie et l'intestin.

Le résultat est une fistule vésico-intestinale qui peut siéger sur l'intestin grêle, mais le plus souvent, sur le côlon pelvien. Les signes suivants : pneumaturie, émission de matiè-

res fécales par l'urètre, passage de l'urine dans l'intestin, sont pathognomoniques.

Dans les lésions du fond de la vessie, on peut observer des fistules vésico-rectales ou vésico-vaginales chez la femme.

Si la perforation s'est faite rapidement dans la région qui se trouve en rapport avec la cavité péritonéale, une péritonite aiguë se déclare.

Outre ce caractère térébrant de la gomme, la syphilis tertiaire est essentiellement sclérosante.

Du tissu cicatriciel va remplacer l'infiltration gommeuse. Quand les lésions sont considérables, une grande partie de la paroi vésicale sera remplacée par du tissu fibreux, d'où rétraction de la vessie et diminution de capacité. Enfin, il faut signaler comme évolution possible, l'association, à ces lésions spécifiques, de lésions de nature différente.

Très souvent, une infection à germes banaux : streptocoques, staphylocoques, colibacilles, se surajoute aux manifestations syphilitiques, et c'est elle qui est responsable des phénomènes de cystite si fréquents.

Plus importante est l'association du bacille de Koch au spirochète. Rien dans le tableau clinique ne permet de penser à l'évolution simultanée des processus bacillaire et syphilitique, ces deux affections se manifestant par les mêmes symptômes : ceux d'une cystite spontanée, aussi le diagnostic de ces formes hybrides est-il très délicat.

Le pronostic de la syphilis tertiaire de la vessie dépend du traitement et de la précocité de son institution.

Colodrero et Isnardi ont insisté sur le fait que souvent l'état général est touché et qu'une perte de poids rapide et considérable vient militer en faveur du diagnostic de néoplasie vésicale.

Alors que tous les traitements locaux étaient demeurés inefficaces, l'établissement du traitement spécifique a, le plus souvent, un effet immédiat.

Les hématuries disparaissent très vite, la pollakiurie et

les douleurs très pénibles de la fin de la miction s'atténuent, l'état général se relève.

Si l'on suit au cystoscope l'évolution des lésions sous l'effet du traitement, on voit que les ulcérations se comblent, les tumeurs se flétrissent et disparaissent pour être remplacées par un tissu cicatriciel blanchâtre inextensible, qui contraste avec la coloration blanc jaunâtre et la souplesse de la muqueuse saine.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu dans la symptomatologie que la syphilis vésicale tertiaire est une affection polymorphe, tant au point de vue clinique qu'anatomique. On peut dire avec Strominger « que la syphilis vésicale est une affection protéiforme et que nous ne possédons pas encore de caractère typique sur lequel on puisse étayer un diagnostic indubitable ».

Le diagnostic ne pourra donc se faire sur un signe. Il sera établi grâce à la concordance d'éléments séparés que nous allons maintenant passer en revue.

Nous commencerons par les signes cliniques pour redire qu'ils n'ont rien de caractéristique : l'hématurie est le plus souvent du type néoplasique, la cystite témoigne seulement de la souffrance vésicale sans nous renseigner sur sa cause.

Cependant, l'apparition spontanée, l'inefficacité des traitements locaux habituels, l'absence de bacilles de Koch à des examens répétés, sont des éléments de valeur.

La cystoscopie pourra montrer des lésions typiques de syphilis tertiaires comme : ulcérations taillées à pic, siégeant généralement à la paroi inférieure, mais malheureusement une infection surajoutée viendra souvent dénaturer les lésions; dans d'autres cas, elle révélera des manifestations tumorales que le simple examen endovésical ne pourra différencier des néoplasies.

L'état général est souvent satisfaisant malgré l'intensité de phénomènes vésicaux qui ont résisté à tous les traitements. Cette discordance doit frapper le médecin et l'inciter à rechercher par l'étude des antécédents et un examen clinique complet des faits en faveur de la spécificité.

Il ne faudra pas trop tenir compte des déclarations du

malade, qui souvent croit avoir intérêt à cacher dans son histoire l'existence d'un accident syphilitique; il faudra surtout s'attacher à découvrir les stigmates de la spécificité et les lésions de même nature qui peuvent coexister. Très utile est la découverte d'un ganglion épitrochléen, de lésions hépatiques, d'une aortite. Chez la femme, il sera bon de se renseigner sur l'existence de fausses couches.

Il faudra toujours, dans la recherche des témoins de l'infection spécifique, user des réactions sérologiques. D'après Chocholka, le Bordet-Wassermann n'est positif que dans 50 p. 100 des observations de syphilis tertiaire de la vessie: il ne faut donc pas lui attribuer une importance exagérée. Un examen négatif ne doit pas faire rejeter l'hypothèse de syphilis. L'examen devra être répété à plusieurs reprises et après réactivation; d'ailleurs, un Bordet-Wassermann qui était négatif à un premier examen peut devenir positif au cours du traitement d'épreuve.

Quelle valeur attribuer à un Bordet-Wassermann positif ? Les réactions sérologiques, comme tous les autres signes de spécificité fournis par l'examen clinique : stigmates et lésions associées, indiquent l'atteinte syphilitique du sujet, mais non la nature des lésions vésicales, un néoplasme par exemple pouvant fort bien évoluer sur un terrain spécifique. Il ne faudra donc pas donner une importance excessive aux réactions sérologiques, qu'elles soient positives ou négatives, et ne pas leur faire jouer un rôle de critère.

Dans tous les cas, où un doute subsistera sur la possibilité de lésions syphilitiques, il faudra faire l'épreuve thérapeutique, mais la faire intense et suffisamment prolongée. Certains auteurs, à la suite de Moses et de Wildbolz, ont contesté la valeur diagnostique du traitement d'épreuve, sous prétexte que les médications antiluétiques pouvaient guérir des lésions banales.

Il faut remarquer, avec Chocholka, que le diagnostic de syphilis vésicale étant souvent un diagnostic d'exclusion, la majorité des malades a suivi de longs traitements, à base

d'antiseptiques urinaires, sans aucun résultat; il serait donc étonnant que de prétendues lésions banales, qui ont résisté à tous les traitements locaux, cèdent brusquement devant une médication dont la puissance antiseptique locale, comme l'a montré Chocholka, est très faible.

Quelle est la valeur diagnostique du traitement d'épreuve? Elle est considérable quand le traitement antisyphilitique employé seul, sans aucune association d'antiseptiques urinaires, amène une cessation des phénomènes subjectifs, et surtout quand la cystoscopie, qui doit toujours être employée concurremment, montre des modifications des lésions, modifications qui doivent être rapides et durables. En effet, on a pu voir, sous l'effet du traitement antiluétique, des lésions néoplasiques s'améliorer, mais il s'agissait d'améliorations peu évidentes et transitoires (Isnardi).

Il semble que le diagnostic devrait être fait d'une façon indubitable, par l'examen anatomo-pathologique des lésions prélevées par voie endovésicale, et cependant l'histologie n'apporte pas toujours de résultats définitifs. Valverde cite deux observations où la biopsie ne révéla que des lésions d'inflammation chronique, alors qu'il s'agissait de gommes authentiques, qui disparurent, sans récidive, sous l'effet du traitement spécifique (obs. I).

De tout ceci, il résulte que nous disposons de peu de moyens pour attribuer à la syphilis, plutôt qu'à toute autre cause, les symptômes présentés par le malade.

Aussi, le plus souvent, le diagnostic sera-t-il « négatif ». C'est l'élimination des autres affections vésicales, l'insuccès des traitements habituels, qui conduiront à envisager la possibilité de lésions spécifiques, donc à instituer un traitement d'épreuve. C'est sur l'épreuve thérapeutique que les auteurs s'occupant de syphilis vésicale appuient en définitive leur diagnostic, sous réserve que les effets en soient contrôlés par l'examen endovésical : « L'ne importance décisive dans le diagnostic de la syphilis vésicale appartient à l'examen cystoscopique et au résultat du traitement, ces deux facteurs

devant être toujours réunis, l'un complétant l'autre. » (Valverde). Chocholka a un avis identique : « J'apprécie la cystoscopie comme moyen scientifique de diagnostic des cas suspects de syphilis vésicale aidant à contrôler l'effet du traitement antiluétique, qui est l'élément décisif quant au diagnostic de cette maladie. »

Voyons maintenant quelles sont les lésions vésicales que la syphilis, du fait de son polymorphisme clinique et anatomique, peut simuler.

En cas d'hématurie totale, il faudra s'assurer par la cystoscopie que le sang vient de la vessie. Dans ce cas, un examen clinique sérieux permettra assez facilement d'éliminer l'hypertrophie et le néoplasme de la prostate, le rétrécissement de l'urètre, la bilharziose, les calculs vésicaux. Quand l'examen endovésical révèle une formation tumorale, le diagnostic est beaucoup plus délicat; on ne peut, en effet, pour connaître la nature des lésions, se baser sur la morphologie, la syphilis tertiaire pouvant adopter les aspects les plus divers. Certains auteurs, cependant, prétendent que l'on doit soupçonner la spécificité quand la surface de la tumeur est sillonnée de vaisseaux turgescents. Perrucci a constaté que la gomme est sensible à l'étincelage, contrairement à ce qui se passe pour les néoplasmes. En réalité, le diagnostic est impossible si un traitement d'épreuve n'est pas institué. Les auteurs sud-américains recommandent d'essayer systématiquement le traitement spécifique dans tous les cas de tumeurs vésicales. « Si cette tumeur est un néoplasme, le mercure n'ajoute rien à sa malignité; si c'est une lésion syphilitique, le malade retire un grand bénéfice du traitement. » (Isnardi.) Quand les symptômes présentés par le malade sont à type de cystite, le diagnostic est aussi complexe.

L'examen du malade et le caractère spontané de cette cystite feront éliminer la blennorragie, le rétrécissement urétral, la cystite des prostatiques et des calculeux. La grande question est de différencier la tuberculose de la syphilis.

La cystite tuberculeuse est, pratiquement, toujours secondaire à une bacillose rénale, qu'il faudra s'attacher à déceler. Il sera nécessaire de tout mettre en œuvre pour dépister, dans les urines, la présence de bacilles de Koch. Les examens directs devront être répétés, la bacillurie pouvant être intermittente, pratiqués après une longue centrifugation et contrôlés par l'inoculation au cobaye.

La cystoscopie, quand elle montre des granulations ou des ulcérations à bords décollés, à fond jaunâtre, bordées de rouge, groupées au pourtour des orifices urétéraux, apporte le diagnostic.

L'exploration fonctionnelle des reins, par des méthodes rigoureuses, comme la phénol-sulfone-phtaléine, viendra confirmer le diagnostic en révélant une déficience, souvent considérable, du parenchyme, que l'on pourra localiser par le cathétérisme urétéral. Dans la syphilis, la composition chimique des urines est normale.

Une question des plus délicates est celle de l'association de la syphilis et de la tuberculose. Rien dans la clinique ne peut y faire penser : tout au plus pourra-t-on soupçonner le rôle de la spécificité par la constatation d'autres lésions viscérales. Seul le traitement d'épreuve, en faisant disparaître les lésions syphilitiques, et en laissant intactes les lésions tuberculeuses, pourra établir le diagnostic de ces formes hybrides.

Il résulte donc que, pratiquement, le diagnostic de la syphilis tertiaire de la vessie est à faire avec les tumeurs bénignes ou malignes et la tuberculose. C'est le traitement d'épreuve, contrôlé par la cystoscopie, qui permettra de faire la différenciation, mais, le plus souvent, c'est après avoir passé en revue toute la pathologie vésicale que l'on parviendra au diagnostic de syphilis. Le grand secret est d'y penser.

TRAITEMENT

Les divers traitements locaux employés dans les manifestations syphilitiques tertiaires de la vessie n'ont aucune action; au contraire, les lésions continuent à évoluer et s'aggravent.

Seul le traitement spécifique est efficace.

La thérapeutique des accidents tertiaires de la vessie ne différera pas du traitement de la syphilis tertiaire en général; aussi nous n'entreprendrons pas son étude. Cependant, un certain nombre de remarques s'imposent, quant à la conception du traitement et du choix des médicaments. D'abord, il ne faudra pas s'attacher uniquement à faire disparaître, par le traitement, les lésions vésicales existantes; on devra, de plus, s'efforcer de prévenir l'apparition de nouveaux désastres dans l'organisme.

Il y a donc surtout à instituer un traitement « de fond », à la faveur duquel les lésions constatées doivent guérir.

En outre, il faut remarquer, que, dans la cure des accidents tertiaires, les malades sont le plus souvent âgés, quelquefois tarés, et qu'ils ne toléreront plus les médications intensives aussi bien que dans leur jeunesse.

Enfin, on peut se trouver en présence de syphilis non traitées antérieurement; il faudra être très prudent et procéder avec lenteur au début, de peur de provoquer, au niveau des lésions, des « phénomènes de réchauffement », dont un exemple est donné, semble-t-il, dans l'observation IV.

Dans tous les cas, un examen clinique complet du malade s'impose pour s'assurer de l'état de son foie, de ses reins, de sa denture, du chiffre de sa tension artérielle.

En cas de lésions rénales avec albuminurie, on s'adressera de préférence aux sels mercuriels solubles, plus particulièrement au cyanure de mercure, qui possède une action diurétique, et l'on évitera l'emploi du bismuth. Quand il existe une atteinte hépatique, les arsenicaux sont à rejeter pour utiliser le mercure ou le bismuth. L'iodure de potassium, bien toléré par les artério-scléreux, sera employé à titre d'adjuvant; il faudra, toutefois, se souvenir de son action vasodilatatrice.

« Dans toutes les circonstances, il y a des règles d'une véritable stratégie thérapeutique, dont l'application demande un sens clinique très aiguisé. » (Sézary.)

Sous l'influence du traitement, on assiste à une transformation rapide des lésions, et une amélioration des troubles vésicaux.

Mais la guérison locale ne doit pas être le seul but. Le médecin devra savoir imposer à son malade un traitement de fond, qui seul pourra éviter les rechutes et prévenir les autres accidents.

OBSERVATIONS

Observation I

(Belmiro Valverde, Rio-de-Janeiro.)

M... (J.-B.), 53 ans, blanc, Brésilien, marié. Entré dans le service d'urologie le 14 janvier 1931.

Antécédents : Infection gonococcique il y a trente ans. Il y a près d'un an, le patient a eu une hématurie qui a duré trois jours.

Depuis lors, les hématuries se manifestèrent à plusieurs reprises, accompagnées de dysurie; en dernier lieu, ces hématuries se produisent journellement. A l'examen, le patient révéla des douleurs ostéocopes, de fortes attaques de rhumatisme, des ganglions inguinaux et cruraux engorgés. Il apportait déjà le diagnostic de tumeur de la vessie. Réaction de Wassermann positive.

Cystoscopie le 31 janvier 1931 : Paroi supérieure de la vessie congestionnée, ainsi que les autres parois. Exulcération de toute la superficie de la vessie, avec des zones d'incrustation en plusieurs points, ces modifications étant plus prononcées vers les parois inférieure et latérale droite. Sur la paroi gauche, à partir de 1 heure, il y a un œdème diffus, prononcé, qui, divisé en îlots, vient jusqu'à la paroi inférieure au niveau de 5 heures. Aux environs du méat urétéral gauche, et au niveau de 5 heures, on observe un grand nombre de végétations en doigt de gant. Quelques-unes à pointes acuminées, unies entre elles, simulant une tumeur se terminant par de grandes massues arrondies. Sur le point où il y avait ces végétations, une biopsie fut pratiquée, et une de ces pièces fut retirée, au moyen du cystoscope opérateur de

Joseph, pour l'examen histo-pathologique. Cet examen, fait par le Docteur Oswino Penna, révéla : « Inflammation chronique avec hyperplasie de l'épithélium de revêtement. »

En présence de ce cas, et tenant compte de son aspect cystoscopique ressemblant beaucoup à celui des syphilomes végétants de la vessie, j'ai pensé à cette hypothèse, et institué le traitement spécifique par des injections de mercure et de bismuth. Aussitôt les trois premiers jours de traitement, les hématuries disparurent, et la dysurie commença à se modifier, ainsi que l'état général du malade, qui se sentit mieux. Après soixante injections d'ionargyrio et trente de bismuthoïdol, un nouvel examen a été fait le 24 avril 1931, ne révélant plus rien des lésions décrites ci-dessus, la muqueuse étant d'aspect normal dans la zone antérieurement envahie par la végétation.

Observation II (résumée).

(Ch. Gauthier, Lyon.)

Femme de 54 ans. A présenté des hématuries noires, abondantes, spontanées.

Cystoscopie : Gros chou-fleur blanc rose occupant toute une face latérale de la vessie.

Un traitement de piqûres sous-cutanées et d'instillations de mésothorium, suivant le procédé du Professeur Legueu, fut institué à titre de palliatif. Il donna un résultat si bon et si rapide, amenant en un mois une fonte de la tumeur, qu'on doute du diagnostic de tumeur maligne, et qu'un examen approfondi de la malade dans le sens de syphilis fut fait. Cet examen fut positif par la révélation d'un tabes au début. Dès lors, un traitement spécifique fut institué, qui fit disparaître le reste de la tumeur vésicale. Pas de récidive depuis deux ans et demi, grâce à un traitement régulièrement suivi.

Observation III.

Keizo Schimizu.

Malade de 20 ans, marchand de légumes.

Le premier examen a été effectué le 23 septembre 1935.

Rien à signaler dans les antécédents familiaux. Aucune maladie de l'enfance. Aucun antécédent vénérien avoué.

Maladie actuelle : Depuis un an, le malade se plaint de pollakiurie : 12-13 mictions par jour, et de douleurs à la miction. Parfois est apparue une hématurie à renforcement terminal. Malgré différents traitements, le syndrome persiste.

Etat actuel : Bonne constitution. Bon état général. Triade d'Hutchinson négative.

Sang : Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Urines : Blanchâtres, troubles d'une façon diffuse. Traces d'albumine. Présence de leucocytes, d'hématies, de cellules épithéliales. Pas de cylindres. Pas de germes.

12-13 mictions, dont 2 à 3 pendant la nuit.

Urétroscopie : Polypes saignant sur la partie membraneuse.

Cystoscopie : Capacité, 200 cm^3. Les parois sont partout assez hyperémiées, et, de place en place, on a des papules avec ulcérations. Les deux méats sont normaux et fortement attirés vers le haut.

Quand on met le cystoscope en bas et quand on le retire, on voit le colliculus seminalis dans la partie prostatique, et à cet endroit un ulcère taillé en profondeur et légèrement saignant, avec des bords festonnés, à pic. Le fond est lardacé. Le colliculus seminalis est normal, ainsi que les deux canaux éjaculateurs.

La fonction rénale est normale.

Evolution : Le 30 septembre 1935, le malade entre à l'hôpital. Le lendemain, on pratique une cystoscopie, mais on ne découvre pas l'ulcération décrite ci-dessus. Le diagnostic n'est pas établi. Comme l'hémorragie augmente, on fait des injections

d'hémostatiques, et le malade fut renvoyé le 25 octobre 1935 avec un diagnostic imprécis.

Le 26 octobre 1935, les hématuries terminales ont augmenté, mais comme les douleurs à la miction n'étaient pas très intenses et que la pollakiurie n'était pas très marquée, je pensai que le foyer de l'hémorragie était dans l'urètre. J'examinai avec l'urétroscope, et je trouvai un polype urétral.

Le 30 octobre 1935, le malade revient à l'hôpital. Electro-coagulation du polype. Plus d'examen pendant quelques jours. L'hémorragie terminale persiste.

Le 20 novembre 1935, nouvel examen urétroscopique : plus de polype. Deuxième examen cystoscopique. Je découvre alors le grand ulcère décrit ci-dessus, à la partie prostatique, à côté du colliculus seminalis. Donc, il a fallu trois mois pour trouver la vraie cause de l'hématurie, mais, sur la nature de la lésion, je fus quelque temps dans le doute. Comme avec un si grand ulcère au niveau du col la pollakiurie était peu marquée (12-13 mictions), la douleur à la miction pas très vive, et comme il n'existait pas de besoins impérieux, je croyais que c'était un ulcère tuberculeux.

Le Bordet-Wassermann était négatif, mais j'injectai cependant le 2 décembre 1935, pour réactiver, du Salvarsan n° 3. Le jour suivant, l'hématurie avait disparu totalement, la douleur était diminuée, et l'urine seulement un peu trouble.

Je posai le diagnostic de syphilis, et j'instituai un traitement.

Le malade s'améliorait peu à peu, et, le 24 décembre 1935, sortit de l'hôpital.

Le traitement antisyphilitique fut continué.

Le 23 février 1936, le patient vient pour la troisième fois. La cystoscopie montre au niveau de la paroi vésicale de l'hyperémie : l'ulcère est cicatrisé. Comme le traitement spécifique avait donné une amélioration et une diminution des douleurs malgré la négativité des réactions sanguines, je pouvais poser le diagnostic de syphilis.

Jusqu'au 10 avril 1936, le malade reçut 20 injections de Salvarsan et 30 de préparations bismuthiques.

Les urines sont encore un peu troubles, avec quelques leucocytes et des traces d'albumine.

Il persiste seulement une légère douleur à la miction, s'irradiant jusqu'au bout de la verge.

Observation IV.

(Gautier.)

Le 19 janvier 1927, P... (M.), 44 ans, employé de commerce, vient consulter pour pollakiurie et mictions douloureuses, apparues le matin même. Les mictions se répètent tous les trois quarts d'heure environ. La douleur est intense, pendant toute la durée de la miction, et paraît plutôt vésicale qu'urétrale.

Les trois verres d'urine sont limpides, sauf cependant un très léger nuage de mucus, qui apparaît après quelques instants. Pas de blennorragie antérieure.

Au toucher rectal, on sent une prostate de volume normal, mal limitée, de consistance légèrement ferme. Le doigt rectal, débordant largement la prostate en arrière, sent, au-dessus du sillon interlobaire, une masse infiltrée médiane, d'une largeur de 2 centimètres environ, remontant verticalement, sans parvenir à en atteindre le pôle supérieur.

On pense à la possibilité d'une tumeur vésicale, siégeant sur le bas-fond, et une cystoscopie est décidée.

Le 25 janvier, cystoscopie, six jours après le début des accidents. Capacité, 220 cm^3. L'ensemble de la muqueuse vésicale est congestionné, avec vaisseaux très apparents. Le bas-fond présente un aspect très particulier : il existe en travers de celui-ci une tuméfaction prononcée de la muqueuse, légèrement oblique d'arrière en avant et de droite à gauche. Au centre approximatif de cet épaississement (sorte de tumeur à bords peu marqués, se continuant insensiblement avec la muqueuse saine), on aperçoit un cratère très profond, puisqu'on ne peut que difficilement en aper-

cevoir le fond, à bord infiltrés, roulés, rappelant vaguement l'aspect de l'orifice d'un diverticule vésical. Les contours de ce cratère sont irréguliers, et vers la gauche proémine un bourgeon muqueux, qui surplombe l'orifice. La masse se prolonge vers la gauche par un œdème muqueux assez prononcé, et le sommet de la plupart de ces boules d'œdème est le siège d'une congestion intense, formant une véritable tache pétéchiale. Les orifices urétéraux sont normaux.

L'idée de syphilis vésicale vient à l'esprit, et le malade est interrogé à ce point de vue.

Il avoue une syphilis datant de 1918, et ayant débuté par des ulcérations anales, du ténesme rectal, et de très violentes douleurs à la défécation. B.-W. franchement positif. Traitement par 8 injections de Novarsénobenzol. Un mois après la fin de cette première série de piqûres, apparaissent des ulcérations sur le gland. On fait 10 injections de Hg. Plus de traitement jusqu'en 1923, où une injection intraveineuse a été pratiquée, de nature inconnue. Depuis, pas de traitement. Rien à signaler.

Le 6 janvier 1927 (treize jours avant la première consultation), le malade fait une grippe. Se sentant fatigué, à la suite, il fait faire un B.-W., qui est partiellement positif.

Une injection de Bi est alors faite le 17. C'est deux jours après, jour de la première consultation, que le malade a été pris brusquement de pollakiurie.

Après l'examen cystoscopique, nous conseillons un traitement spécifique énergique (2 injections de Bi par semaine, du Stovarsol dans l'intervalle).

Le malade est revu le 5 mars. Il a reçu 9 injections de Quimby. Plus de pollakiurie. Mictions normales. La paroi postérieure vésicale est au toucher rectal absolument souple, sans tuméfaction perceptible.

Cystoscopie : Vessie non congestionnée. Bas-fond normal. Aucun vestige des lésions constatées antérieurement.

Observation V.

(Professeur Duvergey.)

Mme E..., 77 ans. Entre dans le service d'urologie le 20 mars 1937, venant du service de M. le Professeur Petges, où elle était traitée pour un eczéma mycosique.

Cette malade présentait depuis quelques années des phénomènes de cystite, pollakyurie, et quelques douleurs à la fin de la miction, coïncidant avec l'expulsion de quelques gouttes de sang.

Rien à signaler dans ses antécédents. Pas de fausses couches. A son entrée dans le service d'urologie, la malade est très fatiguée et dans un état presque cachectique.

Urines : Au point de vue chimique, faibles traces d'albumine. Au point de vue bactériologique, nombreux globules de pus, culture de colibacilles, quelques staphylocoques.

Sang : Urée, 0 g. 45 p. 1.000.

B.-W. = 0.

Cystoscopie, le 20 mars 1937 : Vessie de bonne capacité, normale dans l'ensemble. Orifices urétéraux visibles.

Dans la zone du méat urétéral gauche, on remarque des images assez nombreuses, en « pain à cacheter », un peu surélevées, à contours polycycliques, de coloration rosée.

Rien dans tout le reste de la vessie.

L'état de la malade empire, et la mort survient le 6 avril 1937.

A l'autopsie, on prélève la vessie, à l'intérieur de laquelle on trouve les mêmes lésions qu'à la cystoscopie. Des fragments de lésion sont envoyés à M. le Professeur Sabrazès pour examen anatomo-pathologique.

Cet examen montre que la muqueuse est tombée partiellement. Au-dessous, on trouve des foyers lymphocytaires un peu excavés au centre, comme s'il s'agissait de gommes minuscules. Sclérose autour des foyers.

Observation VI.

(Professeur Duvergey.)

Mme C..., 34 ans, entre au service d'urologie le 16 juin 1935 pour phénomènes de cystite.

Les troubles accusés par la malade consistent en une pollakiurie marquée, douleurs à type de brûlure à la fin de la miction. Urines troubles. Pas d'hématuries.

Rien à signaler dans les antécédents, tant personnels que collatéraux.

A l'entrée dans le service, malade en bon état. Pas de température. Le 17 juin, l'analyse histo-bactériologique des urines révèle quelques globules de pus, de nombreux cocci prenant le Gram. Pas de gonocoques. La recherche du B. K. est négative. Nombreuses hématies, leucocytes et cellules épithéliales. Au point de vue chimique, albumine, 0 g. 18.

Le 18 juin :

Constante d'Ambard, 0,109;

Phénol-sulfone-phtaléine, 68,7 p. 100;

Urée sanguine, 0 g. 30 p. 1.000.

Le 20 juin, B.-W. négatif.

Le 2 juillet : Examen des urines séparées.

Rein gauche : Culot sanglant. Quelques polynucléaires. Pas de microbes; nombreux cristaux d'acide oxalique.

Rein droit : Quelques hématies, nombreuses cellules rénales. Nombreux cristaux d'acide oxalique. Pas de microbes.

Cystoscopie : Vessie d'assez bonne capacité (120-150 cm^3); orifices urétéraux normaux. Sur la paroi latérale droite de la vessie, au-dessus et à droite de l'orifice urétéral, présence d'une masse largement implantée, nettement surélevée, portant une ulcération légèrement saignante, et recouverte de fibrine.

Le diagnostic est hésitant entre une tumeur et une lésion bacillaire atypique.

L'examen chimique des urines séparées donné les résultats suivants :

Rein gauche :

Volume, 45 cm³;

Chlorures ‰, 4 g. 5;

Chlorures éliminés, 0 g. 20;

Urée ‰, 0 g. 7;

Urée éliminée, 0 g. 30;

P. S. P., 40 %.

Rein droit :

Volume, 45 cm³;

Chlorures ‰, 4 g. 1;

Chlorures éliminés, 0 g. 18;

Urée ‰, 5 g. 8;

Urée éliminée, 0 g. 26;

P. S. P., 36 %.

Cette analyse des urines séparées montre l'intégrité des parenchymes rénaux. On inocule cependant un cobaye avec 2 cm³ d'urine par voie intrapéritonéale. Le cobaye sera sacrifié ultérieurement le 16 mars 1936. L'inoculation a été négative.

Le 11 juillet, le B.-W. est positif après réactivation.

On institue un traitement antispécifique, composé d'une série de 6 injections intraveineuses de cyanure de mercure, suivi d'injections intramusculaires de Bivatol.

Les phénomènes de cystite s'amendent, les douleurs s'atténuent.

Le 19 juillet, cystoscopie : L'ulcération droite est à peu près complètement disparue.

La malade sort du service le 25 juillet 1935.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis tertiaire de la vessie est plus fréquente qu'on ne l'a pensé.

II. — La symptomatologie n'en est pas caractéristique. On peut diviser les types cliniques en :

— Forme latente;
— Forme hématurique, la plus fréquente, l'hématurie étant le plus souvent totale, quelquefois terminale;
— Forme avec cystite due à une infection surajoutée.

La cystoscopie montre des manifestations diverses qui peuvent être classées en :

— Forme tumorale comprenant la gomme circonscrite souvent latente, et de véritables formations tumorales (hématurie);
— Forme tumorale ulcérée;
— Forme ulcéreuse pure;
— Forme interstitielle diffuse.

Ces diverses formes peuvent s'associer.

III. — L'évolution se fait vers un processus de caséification et de sclérose :

a) Des complications peuvent survenir :
— grandes hématuries (rétention par caillots);
— perforations (fistules);
— sclérose (diminution de la capacité);

b) Il peut exister d'autres lésions viscérales associées;

c) On peut observer des formes hybrides. Lésions bacillaires et syphilitiques.

IV. — Le diagnostic sera surtout basé sur le résultat du traitement d'épreuve contrôlé par la cystoscopie.

V. — Le diagnostic différentiel est très délicat. Il sera à faire, dans les formes hématuriques avec les tumeurs de la vessie, en cas de cystite spontanée avec la bacillose.

Le diagnostic ne sera le plus souvent posé qu'après élimination de toutes les affections vésicales.

VI. — Le traitement sera prudent, surtout au début, mais intense et prolongé.

VII. — Le secret du diagnostic de la syphilis tertiaire de la vessie est d'y penser.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

J. DUVERGEY.

Vu : *Le Doyen,*

Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 décembre 1937.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Ajamil. — Syphilis végétante de la vessie. *Rev. de med. y cir. de la Habana*, janv. 1930, p. 54-62.

— Syphilis de la vessie. *Vida nueva*, déc. 1932, p. 467-474.

Arrues. — Sur un cas de syphilis vésicale ulcéreuse guérie par le traitement arséno-bismuthique. *Revè. de especialid.*, août 1930, p. 1135-1140; *Semana medica*, nov. 1930, p. 1589-1591.

Bisquertt et W. F. Coutts. — Sifilis perlada de la vejiga. *Rev. med. latino-americana*, mars 1928, p. 1145-1148.

Boross. — Méthode récente de traitement des gommes de la vessie. *Gyogyaszat*, nov. 1936, p. 694-696.

Cavalcanti. — Syphilis de la vessie. *Rev. med. de Pernambuco*, juill. 1934, p. 249-253.

Chocholka. — Quelques nouvelles observations de syphilis vésicale. *Journ. d'urol.*, juin 1928, p. 513-520.

— Valeur diagnostique de la cystoscopie. *Journ. d'urol.*, mai 1932, p. 468-470.

Colodrero (A.) et Di Lella. — Syphilis vésicale à forme tumorale. *Semana medica*, mai 1930, p. 1380-1382; *Rev. de especialid*, août 1928, p. 769-773.

Correa. — Syphilis vésicale. *Rev. brasil. de med. e pharm.*, janv. 1936, p. 19-24.

Duvergey. — Syphilis de la vessie. *Ass. franç. d'urol.*, 1925, p. 534.

Finestone. — Syphilis de la vessie. *Surg. gynec. and obst.*, vol. 62, n° 1, janv. 1936.

Finger. — Syphilis et maladies vénériennes. Leipzig, 1901.

Fleck. — Orientaçao diagnostico na sifilis vesical. *Rev. radiol clin.*, juin 1933, p. 677-680.

Gauthier. — Mésothorium et syphilis de la vessie pseudo-cancéreuse. *Presse médicale*, 7 nov. 1928, n° 89, p. 1416.

Gautier. — Gomme syphilitique de la vessie. *Bull. Soc. franç. d'urol.*, déc. 1927, p. 291-299.

Ichikawa et Schinoda. — La syphilis vésicale. *Japan Journ. of dermat. and urol.*, t. XXXV, mars 1934.

Isnardi (U.). — Cistitis syphilitica tardia. *Semana medica*, août 1928, p. 297-299.

— Un caso de syphilis vesical. *Rev. de especialid.*, nov. 1928, p. 707-714.

Kamil. — Blasenlues. *Ztschr. f. urol.*, 1935, p. 163-167.

Kasztriner. — Syphilis de la vessie. *Gyogyaszat.*, 18 juin 1933, p. 389-392.

— Syphilis de la vessie. *Ztschr. f. urol.*, 12 févr. 1936, p. 477-482.

Lévy et Tripoli. — Gummas of urinary bladder. *Am. J. obst. and gynec.*, mai 1933, p. 743-746.

Leymarie. — La vessie chez les syphilitiques. Thèse Bordeaux, 1927.

Lucena Raurich. — La sifilis vesical. *Rev. Med. de Barcelona*, mai 1930, p. 391-417.

Marion. — Traité d'urologie.

Marion et Heitz-Boyer. — Traité de cystoscopie et de cathétérisme urétéral.

Mertz. — Syphilis of bladder. *Indianapolis M. J.*, mai 1929, p. 265-267.

Molina. — Trois cas de syphilis vésicale. *Semana medica*, 31 mars 1927, p. 824-826.

Nikitin. — Zur diagnostik der Syphilis der Harnblase. *Zentralbl. f. chir.*, 17 mars 1928, p. 660-662; *Vrach. Gaz.*, 15 juin 1929, p. 802-804.

Orofino. — De la cystite syphilitique. *Journ. d'urol.*, janv. 1930, p. 25-30.

Papin (Marc). — Un cas de syphilis vésicale rénale et testiculaire. Soc. franç. d'urol., séance du 19 déc. 1927.

Petcu. — Syphilis vésicale avec incontinence d'urine. *Rev. rom. de urol.*, avril 1935, p. 184-186.

Putzu. — Sifilide della vesica. *Arch. ital. di urol.*, sept. 1936, p. 557-560.

Rabinovitch. — El problema de la sifilis vesical. *Rev. Espanola de cirurgia y urologia*, déc. 1928, p. 531.

Ries. — Ueber blasensyphilis. *Monatschr. f. Harnkrankh. u. Sex. Hyg.*, mars 1928, p. 362-371.

Sainz. — Un probable caso de esclerogena vesicular. *Cron. med. quir. de la Habana*, sept. 1936, p. 425-430.

Sézary. — Traitement de la syphilis. Paris, 1933.

Shimizu. — Ueber die blasensyphilis. *Nagoya J. M. Sc.*, sept. 1936, p. 101-114.

Strominger. — Sur un cas de syphilis tertiaire de la vessie. *Presse médicale*, 7 nov. 1928, n° 89, p. 1416.

Valverde. — La chylurie dans la syphilis vésicale. *Journ. urol.*, oct. 1929, p. 297-305.

— Au sujet de la syphilis vésicale, et en particulier de son état latent. *Journ. urol.*, déc. 1930, p. 562-571.

— La syphilis héréditaire tardive de la vessie. *Journ. urol.*, mai 1931, p. 453-462.

— Syphilis de la vessie. *Journ. urol.*, févr. 1932, p. 212-215.

Vivaldi. — A proposito de un caso de sifilis vesical. *Actas dermo sif.*, oct. 1934, p. 44-46.

20.521 — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1937